Osteomyelitis der platten Knochen

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Awrum Torkanowsky

aus Schitomir (Russland)

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 22. April 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

412

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**

Referenten: Prof. Dr. **Köhler**

Prof. Dr. **Hildebrand**

Zunächst wird auf die Entstehung der Diagnose Osteomyelitis der platten Knochen eingegangen, die in ihrem Wesen erst später als die gleiche Affektion an den langen Röhrenknochen erkannt worden ist. Den Anstoß dazu gaben die Erfahrungen, die man am Schulterblatt und Hüftbein gesammelt hat, daß die angebliche Periostitis sich an Stellen entwickelte, wo gar kein Periost existierte und wo die spongiöse Substanz die größte Mächtigkeit besitzt. Später wurde die Hämatogene Osteomyelitis am Schädel festgestellt, anstatt der ursprünglichen Meinung, daß die Eiterung fortschreitender Natur ist und von dem erkrankten Warzenfortsatz aus übergreift. Bergmann zählte dann alle Fälle von akuter Periostitis oder Knochenkonfusion der platten Knochen der primären Osteomyelitis zu.

Der anatomische Bau der platten Knochen ist den Epiphysenenden der langen Röhrenknochen sehr ähnlich. Die Nekrosenbildung ist nur auf kleinere Partien beschränkt, auch die abgestoßenen Sequesten zeigen Zeichen einer reaktiven Entzündung, was wir an Kortikalissequester nicht finden. Die platten Knochen werden nicht so leicht in ihrer Ernährung beeinträchtigt, da sie einen hohen Blutreichtum besitzen, auch die Anordnung und Verbreitung der Gefäße lassen eine Zirkulationsstörung schwer zu. In der Regel findet man die Erscheinung der entzündlichen Einschmelzung des Knochengewebes. Es sind Fälle von sehr dauernder Lösung des Sequesters beschrieben worden ohne Hirnabszes oder Sinusthrombose beim Schädelknochen.

Die Osteomyelitis der platten Knochen ist seltener als dieselbe der langen Röhrenknochen und macht nur 10 % aller Osteomyelitiden aus. In manchen Fällen ist die Diagnose sehr schwierig und sie gibt Anlaß zu Verwechslungen mit der Tuberkulose, oder mit anderen Erkrankungen, die das primäre Bild verwischen.

Danach folgten 18 Fälle von primärer Osteomyelitis der platten Knochen ohne Mitbeteiligung der langen Röhrenknochen. Dar-

runter sind 8 Unterkiefer, 2 Oberkiefer, 2 Rippen, 2 Scapulae, 1 Stirnbein, 1 Schleifenbein, 1 Os. pub. und 1 Beckenosteomyelitis angeführt. Alle Fälle sind aus der Hildebrandschen Klinik genommen. 3 Unterkieferosteomyelitis sind im Anschluß an Zahnextraktion entstanden. Andere Ursachen sind Furunkel, Gelegenheitstrauma, Ausschläge etc. Die überwiegende Zahl der Fälle sind Männer. Was das Alter anbetrifft, so sind 6 Fälle von Osteomyelitis im Alter von 25—58 Jahren angegeben. Als Erreger ist der Staphylococcus pyogenus aureus anzuschuldigen. Aber auch andere Mikroorganismen, die pyogene Eigenschaften besitzen, sind daran beteiligt.

Die 18 Fälle weisen nur einen Exitus auf, und es wird zum Schluß betont, daß die umschriebenen Nekrosen ein günstiges Feld chirurgischer Tätigkeit darbieten.

Lebenslauf.

Bin am 12. 12. 1890 in Schitomir als Sohn des Kaufmannes B. Torkanowsky geboren. Ich besuchte das Gymnasium in Nowo-Alexandria und bestand im Jahre 1910 die Reifeprüfung. Im Jahre 1912 wurde ich in Berlin an der medizinischen Fakultät immatrikuliert und studierte bis 1914. Infolge des Krieges mußte ich mein Studium unterbrechen bis 1919. Von da ab setzte ich in Berlin mein med. Studium fort. Im Jahre 1921 bestand ich das Examen rigorosum.